

Görüntülü Görüşme Danışma Açık Rıza Formu

YAKIN DOĞU OLUŞUM HASTANELERİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU

Sayın Veri Sahibi;

Veri Sorumlusu sıfatıyla YAKIN DOĞU OLUŞUM HASTANELERİ olarak sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, hukuki yükümlülüğümüzü yerine getirebilmemiz için zorunlu olması sebebiyle sağlık ve cinsel hayat verileriniz ile bazı kişisel verilerinizi gerekli ölçüde işliyor ve aktarıyoruz. Kişisel ve özel nitelikteki veriler ile ilgili bilgi alma, silme, yok etme, düzeltme, itiraz etme, zarar giderim ve benzeri taleplerinizi info@med.neu.edu.tr uzantılı e-posta adresi ile +90 392 444 0 535 telefon hattı ile tüzel kişiliğimiz ile iletişime geçebilirsiniz.

Bu bağlamda aşağıda belirtilen hususlarda, yine aşağıda belirtilen kişisel verilerinizin kullanılmasına ilişkin olarak açık rızanızı talep ediyoruz.

Tarafınıza sunulacak olan Görüntülü Görüşme Danışma hizmetini teknik altyapıya sahip mobil uygulamaları bulunan platform hizmeti sunan firmalardan alıyoruz. Bu kapsamda sözleşmenin ifası için sözleşme ifası esnasında iş birliği yaptığımız yurtiçi / yurtdışında faaliyet gösteren iş birliği yaptığımız firmalara kimlik verileriniz, iletişim verileriniz, sağlık verileriniz ve bununla bağlantılı cinsel hayat ile genetik verileriniz, görsel ve işitsel verilerinizden oluşan kişisel verileriniz aktarılabilir/paylaşılabilir ve bu kişisel verileriniz bu firmalar tarafından işlenebilir. Bu nedenle açık rızanızı talep ediyoruz.

Bu formda açık rızanız talep edilen kimlik verileriniz, iletişim verileriniz, sağlık verileriniz ve bununla bağlantılı cinsel hayat ile genetik verileriniz, görsel ve işitsel verilerinizden oluşan kişisel verilerinizin aktarılmasına/paylaşılmasına onayınız olmaması halinde tarafınıza sunulacak Görüntülü Görüşme Danışma hizmetinin yani sözleşmenin ifasının imkansız olacağını belirtmek isteriz.

Açık rızanız talep edilen bu hususu red etmek hakkına sahipsiniz. Bu durumda tarafınıza Görüntülü Görüşme Danışma hizmet sunumu gerçekleştirilmekle birlikte sağlık kuruluşlarımıza bizzat başvurarak yerinde sağlık hizmeti alabilirsiniz. Sayın danışanımız verdiğiniz rızayı dilediğiniz zaman geri çekebilirsiniz.

Yukarıda belirtilen amaçlar ile işlenen kimlik verilerim, iletişim verilerim, sağlık verilerim ve bununla bağlantılı cinsel hayat ile genetik verilerim, görsel ve işitsel verilerimden oluşan kişisel verilerimin ilgili süreç ve sözleşmesel ilişki kapsamında işleme amacı ile sınırlı olmak üzere kullanılmasını, iş birliği yapılan yurtiçi ve yurtdışında faaliyet gösteren firmalar ile paylaşılmasını / aktarılmasını, işlenmesini ve gereken süre zarfında saklanmasını ve bu hususta tarafıma gerekli aydınlatmanın yapıldığını, işbu metni, YAKIN DOĞU OLUŞUM HASTANELERİ Kişisel Veri Kanunu aydınlatma metnini okuduğumu ve anladığımı kabul ediyorum.